

FAX:043-248-4435

千葉県薬剤師国民健康保険組合加入者専用

# 東京ディズニーリゾート®コーポレートプログラム利用券交付申請書

以下記載のとおり、当該利用券の交付を希望します。《※太枠内のみご記入ください。》

被保険者証の 記号・番号	38-							
自宅住所	(〒 - )							
日中連絡可能な 電話番号(携帯等)	( )							
交付希望者氏名		続柄	※ 組合使用欄につき、記入不要					
			組合員等の種別	加入年数	交付枚数	シリアルナンバー		
1			<input type="checkbox"/> 組合員・厚生年金加入	<input type="checkbox"/> 1年以上	枚	No.		
			<input type="checkbox"/> 一般家族・後期組合員	<input type="checkbox"/> 加入初年度		No.		
2			<input type="checkbox"/> 組合員・厚生年金加入	<input type="checkbox"/> 1年以上	枚	No.		
			<input type="checkbox"/> 一般家族・後期組合員	<input type="checkbox"/> 加入初年度		No.		
3			<input type="checkbox"/> 組合員・厚生年金加入	<input type="checkbox"/> 1年以上	枚	No.		
			<input type="checkbox"/> 一般家族・後期組合員	<input type="checkbox"/> 加入初年度		No.		
4			<input type="checkbox"/> 組合員・厚生年金加入	<input type="checkbox"/> 1年以上	枚	No.		
			<input type="checkbox"/> 一般家族・後期組合員	<input type="checkbox"/> 加入初年度		No.		
5			<input type="checkbox"/> 組合員・厚生年金加入	<input type="checkbox"/> 1年以上	枚	No.		
			<input type="checkbox"/> 一般家族・後期組合員	<input type="checkbox"/> 加入初年度		No.		
6			<input type="checkbox"/> 組合員・厚生年金加入	<input type="checkbox"/> 1年以上	枚	No.		
			<input type="checkbox"/> 一般家族・後期組合員	<input type="checkbox"/> 加入初年度		No.		

- 千葉県薬剤師国民健康保険組合に加入していない方（「協会けんぽ」や「健保組合」など、他の保険に加入している方）は、交付の対象にはなりません。
- 申請書を郵送する場合は、申請書（控）が手元に残るよう、コピーを保存してください。
- 発送経費節減のため、一世帯につき年1回の申請にご協力ください。
- 交付を受けた利用券を使用する前に被保険者資格を喪失した場合、ご利用はご遠慮ください。
- インターネット等での転売など、第三者への譲渡は固く禁じられています。転売事案を発見した場合、当該被保険者に対する次年度以降の交付は行いませんのでご注意ください。



《 組合使用欄 》

事務長	担当者	交付合計枚数	受付日
		枚	